

Adenocarcinoma multicéntrico del intestino delgado perforado

Dres. Carlos Sarroca, Alberto Valls, Julio De los Santos
y Francisco Di Leoni *

Se realiza una breve revisión clínico-patológica de los adenocarcinomas del intestino delgado, destacando los síntomas y signos más importantes. Se hace el aporte a la casuística nacional de un nuevo caso de adenocarcinoma primitivo del intestino delgado, el cual se destaca por ser multicéntrico y manifestarse por una peritonitis por perforación tumoral.

Palabras clave (Key words, Mots clés). MEDLARS: Intestinal neoplasms / complications.

El intestino delgado, a pesar de ser tan extenso, raramente es asiento de un proceso tumoral (6, 8, 10, 12, 13, 17).

Una neoplasia a este nivel plantea generalmente serios problemas diagnósticos, sumado a que pocas veces se piensa en los tumores del intestino delgado (12), siendo hallados en intervenciones de urgencia determinadas por complicaciones de estos tumores (16).

Los tumores malignos son los más frecuentes y en ellos la sintomatología es más evidente (1, 4, 10, 12, 14, 18), considerándose que en un 90 % presentan síntomas (18) durante un período prolongado, en el cual es posible plantear este diagnóstico (15).

El tumor maligno más frecuente es el adenocarcinoma, seguido en frecuencia por los sarcomas (5, 7, 9, 20).

No hay distinción de sexo (5) y con respecto a la edad, predominan luego de la 4ª-5ª década de la vida (2, 3, 8, 15).

Su topografía es más habitual en el sector proximal del yeyuno y distal del íleon (12).

Su forma de presentación más corriente es la de crecimiento anular (virola), similar al neoplasma de colon izquierdo.

Frecuentemente es único, pero en oportunidades es posible el hallazgo de más de un tumor (19).

Clínicamente es considerado el tumor que se manifiesta con más evidencia, por obstruir rápidamente la luz, por lo cual la manifestación más frecuente es la existencia de cuadros do-

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi) y Cátedra de Anatomía Patológica (Prof. Dr. José Mautone). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.

lorosos abdominales, así como trastornos de la digestión que son etiquetados como "dispepsia", hepatobiliar o gastroduodenal, a lo que se agregan, muchas veces, trastornos en la evacuación intestinal y con alta frecuencia anemia y adelgazamiento.

Es posible afirmar que esta etapa es la que podríamos llamar útil en cuanto al diagnóstico, puesto que si no se hace el mismo, la evolución será hacia una complicación, y una vez ocurrida ésta, el diagnóstico que se impondrá será el de la misma, que es lo que pasa con frecuencia, siendo en estos casos la complicación una oclusión intestinal, y menos frecuentemente la hemorragia digestiva (11) o la peritonitis por perforación tumoral o de la zona supraestriatural. Es ésta una etapa avanzada para una neoplasia por hallarse sumada la existencia de un proceso tumoral maligno y una grave complicación, lo cual ensombrece notoriamente el pronóstico.

OBSERVACION

68 años, sexo femenino, CASMU. Reg. 439.988. Portadora de pequeña hernia umbilical.

15 días antes: cuadro doloroso abdominal, acompañado de distensión herniaria. Fue operada de urgencia con diagnóstico de hernia umbilical estrangulada. Se halló contenido epiploico. Se efectúa resección del contenido y reparación parietal. Persisten las crisis de dolor abdominal.

24 horas antes del ingreso: dolor intenso abdominal, vómitos porráceos. Mal estado general, colapso, deshidratación y vientre peritoneal.

Diagnóstico clínico: peritonitis difusa aguda. Una vez repuesta es intervenida de urgencia, hallándose una peritonitis difusa, evolucionada; carcinomatosis peritoneal; un absceso en la fosa iliaca derecha por perforación de tumoración ileal, comprobándose en la exploración numerosas tumoraciones en forma de virola diseminadas en el intestino delgado. Una de ellas ileal, que ocupaba prácticamente toda la luz y con una dilatación intestinal supraestriatural.

Se realizó resección del asa perforada y de la que presentaba la oclusión luminal, resección en una pie-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 5 de noviembre de 1975.

* Profesor Adjunto de Semiología Quirúrgica, Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto de Anatomía Patológica y Residente de Cirugía.

Dirección: Pilcomayo 5393, Montevideo (Dr. Sarroca)

za y anastomosis término-terminal. Lavado profuso del abdomen y drenajes peritoneales.

Fallece bruscamente al tercer día por probable tromboembolismo pulmonar.

Anatomía patológica

La pieza correspondía a dos asas intestinales delgadas (íleon), con dos virolas estenosantes, una ulcerada, comprometiendo la totalidad de la pared y el meso; de característico color blanco amarillento; consistencia dura; reacción de la serosa con exudado amarillento y edema del meso.

Microscópicamente, se trataba de un adenocarcinoma cilíndrico celular, bien diferenciado, multifocal, de crecimiento infiltrante, ocupando todas las capas del órgano y del meso, con fibrosis y retracción cicatrizal. Exudado fibrino leucocitario a nivel del meso y de la serosa peritoneal. Nódulos de difusión metastática en diversos sectores del peritoneo visceral.

En suma, se trata de un adenocarcinoma multicéntrico, primitivo del intestino delgado, con difusión carcinomatosa secundaria a nivel de la serosa peritoneal.

COMENTARIO

Del punto de vista clínico, podemos señalar que el primer cuadro señalado, que motivó la consiguiente intervención quirúrgica, demostró en la evolución que el accidente herniario era sintomático de la oclusión luminal del delgado, lo que fue confirmado en la reintervención al hallarse la estenosis de delgado con dilatación por encima.

Además se observó la existencia de una lesión maligna evolucionada, avalada por la carcinomatosis peritoneal existente, lo cual ensombrece el pronóstico, que por otro lado se encuentra agravado por la peritonitis hallada, todo lo cual llevó al desenlace fatal.

En lo patológico, lo que distingue este caso es la existencia de lesiones multicéntricas, diseminadas en el delgado, lo cual ocurre raramente en los adenocarcinomas. Además se halló otra rara complicación en este tipo de tumor, que es la perforación tumoral, excepcional en los adenocarcinomas del intestino delgado.

RESUME

Adénocarcinome multicentrique de l'intestin grêle perforé.

Breve révision sur le plan clinico-pathologique des adénocarcinomes de l'intestin grêle, dont on souligne les symptômes et signes les plus importants. Apport à la nomenclature nationale d'un nouveau cas d'adénocarcinome primitif de l'intestin grêle dont l'originalité est d'être multicentrique et de se manifester par une péritonite par perforation tumorale.

SUMMARY

Perforated multicentric adenocarcinoma of the small bowel.

A brief clinical and pathological review of the adenocarcinomas of the small bowel is made, pointing out the most important symptoms and signs.

A contribution is made to the National Series of a new case of primitive adenocarcinoma of the small bowel, which stands out for being multicentric and manifesting itself by peritonitis, due to tumoral perforation.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ASINER B, MARELLA M. Invaginación del intestino delgado en el adulto. *Cir Urug*, 43: 272, 1973.
2. BARREIRO ALVAREZ F. Neoplasias de intestino y urgencia quirúrgica. *Rev Esp Enf Apar Dig*, 32: 829, 1970.
3. BIANCHI AE. Tumores del intestino delgado y mesenterio. Anatomía Patológica. Correlato. *Congreso Argentino de Cirugía*, 289, 1957.
4. BOSTFORD FW, CROWE P, CROCKER DW. Tumors of the small intestine. A review of experience with 115 cases, including a report of a rare case of malignant hemangio-endothelioma. *Am J Surg*, 103: 358, 1962.
5. BRAASCH JW. Tumors of the small intestine. *Surg Clin North Am*, 44: 791, 1964.
6. CASSINELLI JF. Anatomía patológica de algunos tumores del intestino delgado. En: VARELA FUENTES B. Patología del intestino delgado. Curso para Graduados. Fac. de Medicina. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay, abril 1970.
7. DAVIDENKO N, CASANOVA M, SILVA GARCIA E, ZITO M, ESTRUGO R, DE STEFANI E. Tumor carcinóide del yeyuno. *Cir Urug*, 43: 265, 1973.
8. EWING J. Carcinoma del intestino. En: EWING J. Oncología. Barcelona, Salvat 1948 p. 761.
9. FILGUEIRA JL, FACAL J. Tumores primitivos del yeyuno-íleon. *Rev Cir Urug*, 38: 51, 1968.
10. GOROSTIAGUE S. Tumores del intestino delgado y mesenterio. Relato. *Congreso Argentino de Cirugía*, 289, 1957.
11. ITUÑO C, CASTIGLIONI JC, ALIANO A, IRAOLA ML. Angiomatosis intestinal. *Cir Urug*, 43: 167, 1973.
12. MAINGOT R. Tumores del yeyunoíleon. En: MAINGOT R. Operaciones abdominales. Buenos Aires. Panamericana, 1966, p. 1059.
13. McILRATH DC, HINNEKENS PH. Primary tumors of the small intestine. *Surg Clin North Am*, 41: 909, 1967.
14. McPEAK Ch J. Malignant tumors of the small intestine. *Am J Surg*, 114: 402, 1967.
15. OSTERMILLER W. A clinical review of tumors of the small bowel. *Am J Surg*, 111: 403, 1966.
16. RODRIGUEZ ESTEBAN CM. Tumores malignos del intestino delgado. *An Fac Med Montev*, 28: 829, 1943.
17. ROUX M. Les tumeurs primitives du grêle. A propos de 30 observations. *Sem Hôp (Paris)*, 49: 2055, 1973.
18. SETHI G. Primary malignant tumors of the small bowel. *Arch Surg*, 98: 659, 1969.
19. SHEPHERD JA. Small intestine. En: SHEPHERD JA. Surgery of the acute abdomen. London Livingstone, 1960, p. 262.
20. WILLIS RA. Epithelial tumors of the small intestine. En: WILLIS RA. Pathology of tumors. St Louis, Mosby 1953 p. 412.